

18. *Большова О.В., Самсон О.Я., Вишневецька О.А. та ін.* Особливості клінічного статусу хворих із соматотропною недостатністю до та на тлі терапії препаратами гормону росту. Клін. ендокринологія та ендокринна хірургія 2009; 3 (28): 51-56.
19. *Lee K.W., Cohen P.* Individualized growth hormone therapy in children: advances beyond weight-based dosing. J. Pediatr. Endocrinol. Metab. 2003; 16 (Suppl. 3): 625-630.
20. *Ranke M.B.* The Kabi Pharmacia International Growth Study: aetiology classification list with comments. Acta Paediatr. Scand. 1991; 379: 87-92.
21. *Wit J.M., Kamp G.A., Rikken B.* Spontaneous growth and response to growth hormone treatment in children with growth hormone deficiency and idiopathic short stature. Pediatr. Res. 1996; 39: 295-302.
22. *Бенцнау Е., Westermann F., Rauch F., et al.* A new and accurate prediction model for growth response to growth hormone treatment in children with growth hormone deficiency. Eur. J. Endocrinol. 2001; 144: 13-го.
23. *Guyda H.J.* Four decades of growth hormone therapy for short children: what have we achieved? J. Clin. Endocrinol. Metab. 1999; 84: 4307-4316.
24. Consensus guidelines for the diagnosis and treatment of Growth Hormone Deficiency in childhood and adolescence: summary statement of the GH Research Society. J. Clin. Endocrinol. Metab. 2000; 85: 3990-3993.

© О.В. Большова, І.В. Лукашук, 2011

Отримано 13.09.11

УДК [616.233-002-036.11-074: 616.152]-053.2

АНАЛІЗ ВМІСТУ ОКРЕМИХ ЕСЕНЦІАЛЬНИХ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ ПРИ ГОСТРИХ ОБСТРУКТИВНИХ БРОНХІТАХ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

О.І. СМІЯН, В.В. СЛИВА, О.П. МОЩИЧ

Сумський державний університет, медичний інститут

Резюме. Целью данной работы было определение содержания отдельных эссенциальных микроэлементов (цинка, меди, магния и железа) в сыворотке крови при острых обструктивных бронхитах у детей раннего возраста. Нами было проведено комплексное обследование 55 детей с острым обструктивным бронхитом, в возрасте от 1 месяца до 3 лет, которые находились на стационарном лечении в инфекционном отделении № 1 Сумской городской клинической больницы им. Св. Зинаиды, и проанализированы современные источники литературы, посвященные проблеме микроэлементозов. При остром обструктивном бронхите у детей раннего возраста при госпитализации наблюдался выраженный дисбаланс макро- и микроэлементов по сравнению с аналогичными показателями у здоровых детей, что проявляется достоверным повышением концентрации меди и снижением содержания железа, магния и цинка в сыворотке крови. Показатели концентраций макро- и микроэлементов при остром обструктивном бронхите у детей полностью не нормализовались после проведенной терапии и не достигали показателей относительно здоровых детей, что, возможно, объясняется недолговременным курсом лечения, наличием фонового дефицитного состояния и отсутствием коррекции металлосодержащих препаратов. **Ключевые слова:** острый обструктивный бронхит, микроэлементы, медь, цинк, железо, магний, дети раннего возраста.

Summary. The purpose of this study was the content of some essential elements (zinc, copper, magnesium and iron) in blood serum in infants with acute obstructive bronchitis. In infants with acute obstructive bronchitis during hospitalization was observed pronounced imbalance of macro- and micronutrients as compared to similar indicators in healthy children, which manifests itself in increase the concentration of copper and decrease in iron, magnesium and zinc in serum. Indices of concentration macro- and micronutrients in acute obstructive bronchitis in children is not fully normalized after of therapy and do not reach performance relative to healthy children, which may be explained by short-lived course of treatment, the availability of scarce background correction and lack of metal product. **Summary.** Acute obstructive bronchitis, micronutrients, zinc, copper, magnesium and iron, children.

ВОРОБИ органів дихання у дітей знаходяться в центрі уваги педіатрів не тільки в Україні, але і в усьому світі і займають більше 60% в структурі дитячої захворюваності [1]. Проблема гострих запальних захворювань органів дихання, зокрема гострого обструктивного бронхіту, залишається актуальною у педіатричній практиці в зв'язку зі значною поширеністю (250 випадків на 1000 дітей), негативною тенденцією патоморфозу до затяжного перебігу та розвитку ускладнених форм, котрі, як і раніше, залишаються провідною причиною смертності дітей раннього віку [2].

Виникнення, особливості перебігу й реконвалесценція більшості захворювань значною мірою зумовлені станом імунної системи, яка є запорукою захисту організму дитини від хвороб, хронізації чи рецидивування наявного патологічного процесу. В ефективному функціонуванні імунної системи та підтримці біологічної рівноваги організму провідна роль належить макро- та мікроелементам [3]. Загальновизнано, що порушення елементного складу плазми крові та зміни в імунній системі є взаємопов'язаними та призводять до розладів метаболічного характеру в організмі, ускладнюючи тяжкість та перебіг

основної патології. Напружений рівень метаболізму у дітей, який не лише підтримує життєдіяльність, але й забезпечує зростання та розвиток дитячого організму, потребує достатнього та регулярного надходження мікронутрієнтів, що є обов'язковою умовою для нормального розвитку та функціонування імунної системи, що дозволяє не лише зберегти резистентність до інфекційних агентів, але й ефективно елімінувати збудник з організму дитини.

Дисбаланс атомовитів є поширеним явищем, яке зумовлює розвиток низки патологічних станів, у тому числі й респіраторних захворювань [3, 4].

Метою даної роботи було визначення вмісту окремих есенціальних мікроелементів (цинку, міді, магнію та заліза) в сироватці крові при гострих обструктивних бронхітах у дітей раннього віку.

Матеріали та методи

Нами було проведено комплексне обстеження 55 дітей з гострим обструктивним бронхітом, віком від 1 місяця до 3 років, які знаходились на стаціонарному лікуванні в інфекційному відділенні № 1 Сумської міської клінічної лікарні ім. Св. Зінаїди, та проаналізовано сучасні джерела літератури, присвячені проблемі мікроелементозів.

Дітей було розподілено на 3 вікові групи. З них I групу складали 25 (45,5±6,78%) дітей віком від 1 місяця до 1 року, II групу - 20 (36,4±6,55%) хворих від 1 до 2 років і III групу - 10 (18,2±5,25%) дітей віком від 2 до 3 років. Групу порівняння складали 15 практично здорових дітей. Середній вік дітей основної групи дорівнював 1,8±0,23 року, групи порівняння - 1,7±0,27 року ($p>0,05$). При діагностиці обструктивних бронхітів враховували дані анамнезу життя та захворювання, медико-біологічні фактори ризику, клінічні параметри та загальноприйняті параклінічні дослідження.

Спеціальні методи дослідження включали визначення вмісту Fe, Mg, Cu, Zn в сироватці крові методом атомно-абсорбційної спектроскопометрії на аналізаторі C 115-MI (BAT „SELMI», Україна). Забір крові у хворих дітей проводили двічі: у гострому періоді захворювання (у день госпіталізації) та у періоді стабільного поліпшення загального стану (на 5-7-й день захворювання).

Результати досліджень та їхнє обговорення

В ході проведеного обстеження нами було встановлено дисбаланс макро- та мікроелементного складу у сироватці крові дітей, хворих на гострий обструктивний бронхіт, що проявлявся достовірним підвищенням рівня міді та зниженням концентрацій цинку, заліза, магнію.

За результатами дослідження у хворих в гострому періоді захворювання було виявлено достовірне підвищення рівня міді до $16,49\pm0,3$ ммоль/л ($p<0,01$), що в 1,4 разу вище порівняно з показниками відносно здорових дітей. Після проведеного лікування концентрація міді залишалась підвищеною і характеризувалась незначною тенденцією до зниження ($15,9\pm0,14$ ммоль/л; $p>0,05$).

Аналіз вмісту міді в різних вікових групах показав її достовірне підвищення в гострому періоді та незначне зниження після проведеної терапії. Так, рівень міді в гострому періоді у сироватці крові дітей I вікової групи складав $16,97\pm1,83$ ммоль/л ($p<0,01$), II групи - $15,93\pm1,56$ ммоль/л ($p<0,01$), III групи - $16,58\pm1,19$ ммоль/л ($p<0,01$).

Період реконвалесценції характеризувався поступовим зниженням гіперурикемії у дітей I вікової групи до $15,64\pm1,3$ ммоль/л ($p>0,05$), II групи - до $15,92\pm1,52$ ммоль/л ($p>0,05$) та у пацієнтів III вікової групи до $16,14\pm1,38$ ммоль/л ($p>0,05$), проте до показників групи порівняння концентрація міді не поверталась (табл. 1).

Як відомо, мідь бере активну участь в процесах функціонування імунної системи. Дефіцит її супроводжується зниженням продукції ІБ-2Т-лімфоцитами і активності ТЦ-відповіді при інфекційно-запальних захворюваннях. Враховуючи те, що мідь впливає на індукцію факторів транскрипції (ядерного фактора κB , OT-AT), кіназ (PKC, PI-3-кінази) та входить до складу окисних ферментів, тому на висоті захворювання (інтенсифікація процесів вільно-радикального окислення) необхідність у цих ферментах значно зростає [3-5]. Можливо, це й призводить до значного викиду міді з депо та активного її використання в обмінних процесах.

Визначення концентрації заліза при госпіталізації в сироватці крові дітей, хворих на гострий обструктивний бронхіт, показало достовірне зниження його вмісту в гострому періоді

Таблиця 1

Динаміка показників міді при гострих бронхітах у дітей раннього віку ($M\pm t$)

Матеріал	Здорові діти	Вікова група					
		I		II		III	
		гострий період	період реконвалесценції	гострий період	період реконвалесценції	гострий період	період реконвалесценції
Сироватка крові, ммоль/л	11,32±0,32	16,97±1,83	15,64±1,3	15,93±1,56	15,92±1,52	16,58±1,19	16,14±1,38
		$p_{1,2}<0,01$	$p_{1,3}<0,01$ $p_{2,3}>0,05$	$P_{14}<0,01$ $P_{24}>0,05$	$p_{1,6}<0,01$ $p_{4,5}>0,05$	$P_{1,6}<0,01$ $P_{2,6}>0,05$ $P_{4,6}>0,05$	$P_{1,7}<0,01$ $p_{6,7}>0,05$

Примітка: p - достовірність розбіжностей між показниками дітей основної групи та групи порівняння

до $0,34 \pm 0,03$ ($p < 0,001$), що в 2,8 рази нижче, ніж у здорових дітей. Період реконвалесценції характеризувався незначним підвищенням показника до $0,36 \pm 0,06$ ($p < 0,01$) та не приходив до нормативних показників.

Порівняння вмісту заліза в різних вікових групах показало, що в гострому періоді у дітей I вікової групи його концентрація складала $0,27 \pm 0,05$ ммоль/л ($p < 0,001$), II групи - $0,37 \pm 0,07$ ммоль/л ($p < 0,001$), III групи - $0,38 \pm 0,06$ ммоль/л ($p < 0,001$).

Вміст заліза після проведеного лікування залишався зниженим у всіх вікових групах — у дітей I групи до $0,29 \pm 0,05$ ммоль/л ($p < 0,001$), II групи - до $0,3 \pm 0,07$ ммоль/л ($p < 0,01$) та III групи - $0,48 \pm 0,1$ ммоль/л ($p < 0,01$) (табл. 2).

Обмін заліза в організмі людини тісно пов'язаний з імунологічною реактивністю. Зниження рівня заліза певною мірою призводить до порушення як хелперної, так і супресорної ланки імунітету. Відомо, що іони заліза відіграють провідну роль в роботі механізмів, що регулюють функціональну активність Т-лімфоцитів, а дефіцит вмісту його в організмі призводить до виражених порушень клітинного імунітету. Недостатнє надходження заліза в організм дитини супроводжується зниженням активності нейтрофілів, зокрема, спостерігається зниження вироблення мієлопероксидази, природних кілерів, а також неефективна продукція фактора росту ρ , моноцитарного хемотаксичного протеїну 1, І β -2, І β -8. [3-5]. Таким чином, дефіцит заліза в сироватці крові, можливо, свідчить про недостатність клітинної та гуморальної ланок імунітету в обстежених дітей. Крім того, дефіцит заліза може виникати при дисбалансі інших мікроелементів - Си і 2п. Деякі автори вважають, що підвищення рівня міді та зниження вмісту заліза має більше прогностичне значення, ніж реакція швидкості осідання еритроцитів [6].

Аналіз концентрації магнію в сироватці крові дітей при вступі показав, що його вміст був достовірно меншим порівняно з аналогічними показниками у здорових дітей. Так, в гострому періоді концентрація магнію знизилась в 1,2 рази порівняно з показниками здорових дітей та складала $0,74 \pm 0,03$ ммоль/л ($p < 0,05$). В періоді реконвалесценції вміст магнію не приходив до норми, а лише незначно підвищився до $0,75 \pm 0,01$ ммоль/л ($p > 0,05$).

Порівняння концентрації магнію при госпіталізації у різних вікових групах показало його зниження у дітей I вікової групи до $0,75 \pm 0,06$ ммоль/л ($p < 0,05$), II групи - до $0,74 \pm 0,05$ ммоль/л ($p < 0,05$), III групи - до $0,74 \pm 0,05$ ммоль/л ($p < 0,05$).

Після отриманого лікування вміст магнію залишався низьким - у дітей I вікової групи він був на рівні $0,78 \pm 0,05$ ммоль/л ($p > 0,05$), II групи - $0,75 \pm 0,05$ ммоль/л ($p > 0,05$) та $0,73 \pm 0,04$ ммоль/л ($p > 0,05$) у дітей III вікової групи (табл. 3).

Фізіологічна роль магнію в організмі людини зумовлена тим, що він є кофактором ряду найважливіших ферментів вуглеводно-фосфорного, енергетичного та інших ферментативних процесів, беручи участь у більш ніж 300 ферментативних реакціях [3]. Крім цього, магній відіграє важливу роль в біосинтезі білка, передачі генетичної інформації з участю ДНК і РНК, утворенні циклічного АМФ. Він регулює процеси гідролізу АТФ, зменшує накопичення лактату, забезпечуючи тим самим надходження продуктів гліколізу в цикл Кребса, сприяє окисленню жирних кислот і активації амінокислот. Такі біохімічні реакції, як синтез ДНК і білків, гліколіз, окисне фосфoryлювання, неможливі без участі магнію, оскільки він є компонентом гуанозинтрифосфатази, кофактором Ma^{+}/K^{+} -АТФази, аденілатциклази, фосфофруктокінази. Цей мікроелемент ви-

Таблиця 2

Динаміка показників заліза при гострих бронхітах у дітей раннього віку (M \pm t)

Матеріал	Здорові діти	Вікові групи					
		I		II		III	
		гострий період	період реконвалесценції	гострий період	період реконвалесценції	гострий період	період реконвалесценції
Сироватка крові, ммоль/л	$0,98 \pm 0,06$	$0,27 \pm 0,05$	$0,29 \pm 0,05$	$0,37 \pm 0,07$	$0,3 \pm 0,04$	$0,38 \pm 0,06$	$0,48 \pm 0,1$
		$p_{1,2} < 0,001$	$P_{1,3} < 0,001$ $P_{2,3} > 0,05$	$p_{1,4} < 0,001$ $P_{2,4} > 0,05$	$p_{1,5} < 0,001$ $P_{4,5} > 0,05$	$p_{1,6} < 0,001$ $p_{2,6} > 0,05$ $P_{4,6} > 0,05$	$P_{1,7} < 0,001$ $P_{6,7} > 0,05$

Примітка: p - достовірність розбіжностей між показниками дітей основної групи та групи порівняння

Таблиця 3

Динаміка показників магнію при гострих бронхітах у дітей раннього віку (M \pm t)

Матеріал	Здорові діти	Вікові групи					
		I		II		III	
		гострий період	період реконвалесценції	гострий період	період реконвалесценції	гострий період	період реконвалесценції
Сироватка крові, ммоль/л	$0,88 \pm 0,01$	$0,75 \pm 0,06$	$0,78 \pm 0,05$	$0,74 \pm 0,05$	$0,75 \pm 0,05$	$0,74 \pm 0,05$	$0,73 \pm 0,04$
		$p_{1,2} < 0,05$	$p_{1,3} > 0,05$ $P_{2,3} > 0,05$	$p_{1,4} < 0,05$ $P_{2,4} > 0,05$	$P_{1,5} < 0,05$ $P_{4,5} > 0,05$	$p_{1,6} < 0,05$ $P_{2,6} > 0,05$ $P_{4,6} > 0,05$	$p_{1,7} < 0,05$ $p_{6,7} > 0,05$

Примітка: p - достовірність розбіжностей між показниками дітей основної групи та групи порівняння

Таблиця 4

Динаміка показників цинку при гострих бронхітах у дітей раннього віку (M±t)

Матеріал	Здорові діти	Вікові групи					
		I		II		III	
		гострий період	період реконвалесценції	гострий період	період реконвалесценції	гострий період	період реконвалесценції
Сироватка крові, ммоль/л	6,73±0,18	4,62±0,79	5,9±0,63	4,28±0,96	4,9±0,86	5,46±0,8	5,68±0,71
		$P_{1,7}<0,05$	$P_{1,3}>0,05$ $P_{2,3}>0,05$	$P_{1,4}<0,05$ $P_{2,4}>0,05$	$P_{1,5}<0,05$ $P_{4,5}>0,05$	$P_{1,6}>0,05$ $P_{2,6}>0,05$ $P_{4,6}>0,05$	$P_{1,7}>0,05$ $P_{6,7}>0,05$

Примітка: p - достовірність розбіжностей між показниками дітей основної групи та групи порівняння

ступає молекулярним стабілізатором РНК, ДНК, рибосом. Завдяки змінам внутрішньоклітинної концентрації магнію здійснюється клітинна біоенергетика, мітохондріальне дихання [4, 5]. Тому участь магнію є необхідною для адекватного функціонування імунної системи. Описана роль дефіциту магнію у виникненні бронхоспазму у дітей, чим, можливо, також можна пояснити зниження його концентрації в обстежених нами пацієнтів.

За результатами проведеного нами дослідження вмісту цинку в дітей, хворих на гострий обструктивний бронхіт, було виявлено його достовірне зниження в гострому періоді в 1,5 разу ($4,62 \pm 0,79$ ммоль/л; $p < 0,05$) порівняно з показниками відносно здорових дітей. В періоді реконвалесценції концентрація цинку не підвищувалась та залишалась в 1,2 разу нижчою норми ($5,49 \pm 0,3$ ммоль/л, $p < 0,05$), що може свідчити про фоновий цинкодефіцит в обстежених дітей.

Аналізуючи вміст цинку у дітей основної групи в гострому періоді, виявлено, що у I віковій групі він складав $4,62 \pm 0,79$ ммоль/л ($p < 0,05$), II групі - $4,28 \pm 0,96$ ммоль/л ($p < 0,05$), III групі - $5,46 \pm 0,8$ ммоль/л ($p < 0,05$).

В періоді реконвалесценції концентрація цинку не нормалізувалась та залишалась на рівні $5,9 \pm 0,63$ ммоль/л ($p > 0,05$) у I віковій групі, $4,9 \pm 0,86$ ммоль/л ($p < 0,05$) - у II групі, $5,68 \pm 0,71$ ммоль/л ($p > 0,05$) - у дітей III вікової групи (табл. 4.)

Цинк належить до найбільш важливих і незамінних для життєдіяльності організму людини мікроелементів. Він є незамінним для метаболізму нуклеїнових кислот, регулює процеси росту і диференціації клітини. Цинк є структурним компонентом біологічних мембран, клітинних рецепторів, входить до складу понад 200 ензиматичних систем. Цинк впливає на діяльність ретинолдегідрогенази - ензиму, необхідного для забезпечення організму вітаміном А. При дефіциті цинку може виникати залізодефіцитна анемія (ЗДА) [3, 4]. Цинкзалежними є низка гормонів, зокрема АКТГ, СТГ, гонадотропні гормони. Через них можливий опосередкований вплив цинку на еритропоєз [5, 6].

Цей мікроелемент є активатором діяльності Т-лімфоцитів, продукції ними цитокінів. Дефіцит цинку, а також вітамінів А, С призводить

до порушення клітинного імунітету: зменшується кількість Т-лімфоцитів, що викликає зниження співвідношення Т/В-лімфоцитів, збільшення числа 0-клітин, підвищується рівень ІІЕ, знижується ІЕА, \wedge III, рівень трансферину [5, 6].

Оскільки цинк є одним з основних елементів, що регулює активність імунної системи, його можна віднести до факторів неспецифічного імунного захисту, необхідним для дозрівання специфічних імунних клітин і вироблення цитокінів. Отже, за вмістом цинку можна опосередковано судити про імунологічні порушення та зниження резистентності організму в обстежених дітей.

Особливої уваги заслуговує той факт, що показники концентрацій макро- та мікроелементів, що вивчалися, не нормалізуються після проведеної терапії і не досягають показників відносно здорових дітей, що, можливо, пояснюється недовготривалим курсом лікування, наявністю фонового дефіцитного стану та відсутністю корекції металовмісним препаратом.

Достовірної різниці між змінами вмісту Си, Ге, та 7,л в сироватці крові у дітей залежно від тяжкості перебігу та віку дітей не виявлено.

Висновки

1. При гострому обструктивному бронхіті у дітей раннього віку при госпіталізації спостерігався виражений дисбаланс макро- та мікроелементів порівняно з аналогічними показниками у здорових дітей, що проявляється достовірним підвищенням концентрації міді та зниженням вмісту заліза, магнію та цинку в сироватці крові.

2. Показники концентрацій макро- та мікроелементів при гострому обструктивному бронхіті у дітей повністю не нормалізувалися після проведеної терапії та не досягали показників відносно здорових дітей, що, можливо, пояснюється недовготривалим курсом лікування.

3. Корекція дисбалансу атомовитів у хворих на гострий обструктивний бронхіт дітей повинна бути спрямована на поліпшення мікронутрієнтної забезпеченості організму, а в деяких випадках із залученням до комплексного лікування металовмісних препаратів.

Список літератури

1. Антипкін Ю.Г., Арабська Л.П., Смірнова О.А. Сучасні підходи до діагностики, профілактики рецидивуючих бронхітів у дітей. К; 2003: 122.
2. Лук'янова О.М. Проблеми здоров'я дитини та наукові аспекти профілактики його порушень. Мистецтво лікування 2005; 2: 6-15.
3. Башкірова Л., Руденко А. Біологічна роль деяких есенціальних макро- та мікроелементів. Ліки України 2004; 10: 59-65.
4. Скальный А.В. Микроэлементозы человека (диагностика и лечение): Практик. руководство для врачей и студентов медицинских вузов. М: Изд-во КМК; 2001. 2-е изд.
5. Скальный А.В., Яцык Г.В. Микроэлементозы у детей: распространенность и пути коррекции: Практик. пособие для врачей. М; 2002: 86.

Отримано 30.05.11

© О.І. Сміян, В.В. Слива, О.П. Мощик, 2011

УДК 616.89-053.2

РОЛЬ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ В ПРОЦЕСІ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ В УМОВАХ СТАЦІОНАРНОГО ЛІКУВАННЯ

Б.С. БІНДЕР, Л.В. ПОПОВА

Дитяча клінічна лікарня № 7 Печерського району м. Києва

Резюме. В статті проаналізована робота психологічної служби лікарні за 14 років, отражена історія її розвитку, процес становлення в умовах стаціонара клінічної лікарні з спеціалізованими центрами. Определены принципы, на которых базируется сотрудничество психологов с медицинским персоналом, и их роль в реабилитационном процессе, сформулированы основные принципы и стратегии коррекционной работы психологов во время стационарного лечения детей.

Ключевые слова: жизненное пространство пациентов, работа в команде, внутренняя картина болезни, специфические реакции на болезнь пациентов с различной нозологией.

Summary. The article analyzed the work of the psychological service hospital for 14 years, reflects the history of its development, the process of establishing a hospital in hospital with specialized centers. Sets out the principles that underpin the cooperation of psychologists with the medical staff, and their role in the rehabilitation process, the basic principles and strategies of remedial work of psychologists in inpatient treatment of children.

Keywords: patients living space, teamwork, internal picture of disease, specific responses to disease in patients with different diseases.



АКТУАЛЬНІСТЬ вивчення ролі психологічної служби в дитячій клінічній лікарні № 7 Печерського району м. Києва (ДКЛ № 7), зумовлена збільшенням уваги вітчизняних лікарів та психологів до психологічного стану дитини під час хвороби. На момент започаткування психологічної служби в ДКЛ № 7 у 1996 році статус психолога спеціалізованої лікарні з відділеннями соматичного та хірургічного профілю, його функціональні обов'язки були досить невизначеними - натомість в європейських країнах клінічними психологами вже був накопичений великий досвід роботи, і ми намагалися долучитися до нього на різних етапах становлення психологічної служби: починаючи від виникнення замислу, в процесі апробації, впровадження й розвитку.

Протягом 1998-2002 років нами було підготовлено й проведено спільно з колегами із Нідерландів 3 семінари з актуальних питань соціально-психологічної реабілітації дітей в умовах стаціонарного лікування: 2 з них - на базі ДКЛ № 7 і один (семиденний) - в Нідерландах, в провідних дитячих клініках Амстердаму, Роттердаму і Га-

аги. Шанобливе ставлення зарубіжних колег до прав пацієнта, увага до його почуттів і переживань, пов'язаних з хворобою, усвідомлення кожним членом команди, яка працює з дітьми, своїх функцій і сумісних дій з іншими колегами на всіх етапах лікувального процесу допомогли нам сформулювати власне уявлення про роль психологічної служби в процесі комплексної реабілітації дітей з хронічними захворюваннями, профільними для нашої клініки.

Результати досліджень та їхнє обговорення

В нашій діяльності ми дотримуємось концепції здоров'я, що визначається статутим ВООЗ як «стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороби і фізичних вад» [1].

Тому важливим аспектом роботи психолога в лікарні стала організація життєвого простору, в якому дитина може гідно себе почувати в ситуації хвороби, зберігаючи відчуття повноти й неперервності життя. Це особливо актуально для пацієнтів з хронічними захворюваннями, які перебувають